THESE

DE

José Cardoso de Moura Brasil

THESE

QUE SUSTENTA

EM NOVEMBRO DE 1872

PARA OBTER O GRAO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

PELA

FACULDADE DA BAHIA

JOSÉ CARDOSO DE MOURA BRASIL

Filho legitimo de José Cardoso Brasil e D. Thereza de Moura Brasil

NATURAL DO CEARÁ

BAHIA

Typographia de J. G. Tourinho.

1872

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

....

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.º ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães .	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva.	Chimica e Mineralogia.
Barão da Itapoan	Anatomia descriptiva.
	2.º ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Barão da Itapoan	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.º ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas .	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.º ANNO.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas.	Anatomia topographica, Medicina operatoria, apparelhos.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica, e therapeutica.
	6.º ANNO.
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.

José Affonso de Moura.	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

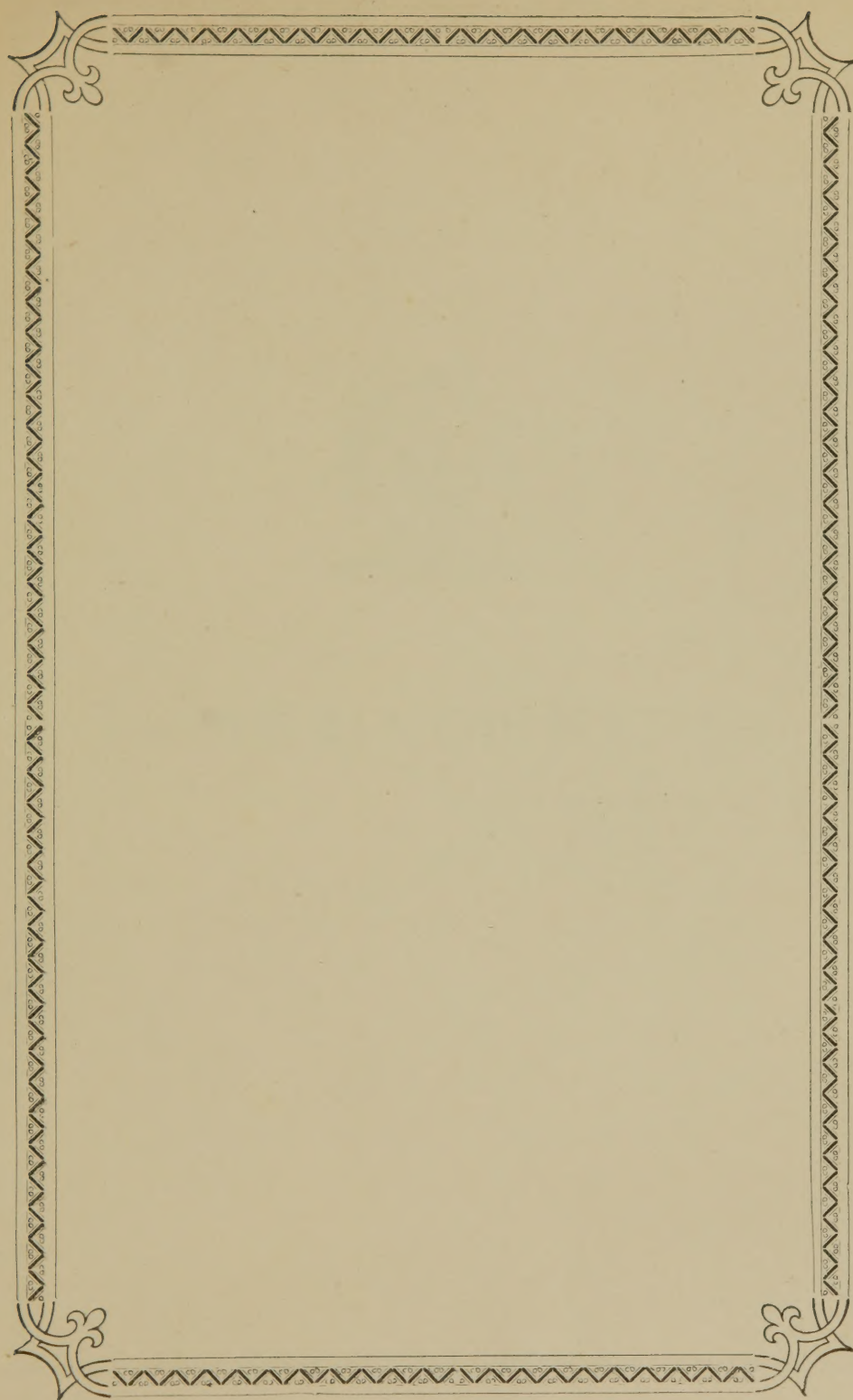
. . . .	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha.	
Pedro Ribeiro de Araujo.	
José Ignacio de Barros Pimentel. . .	
Virgilio Clymaco Damazio	
. . . .	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins.	
Domingos Carlos da Silva.	
Antonio Pacifico Pereira	
Alexandre Affonso de Carvalho . . .	
. . . .	Secção Medica.
Manoel Joaquim Saraiva.	
Ramiro Affonso Monteiro.	
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão . .	
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas . .	

SECRETARIO.

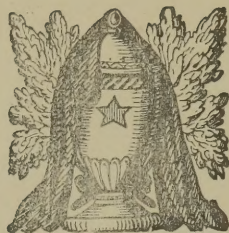
O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

À SAUDOSISSIMA MEMORIA DE MEUS PAIS

Preces e lagrimas.

M. B.

AOS MANES DE MEUS IRMÃOS,

DE MEUS CUNHADOS,

DE MEUS TIOS E DE MEUS AVOS.

Á MEMORIA DE MEU MESTRE

O Dr. João Pedro da Cunha Valle

E

DE MEUS COLLEGAS

Dr. Plinio de Magalhães e Silva
Dr. Duarte de Menezes Rocha

A ILLUSTRISSIMA E EXCELLENTISSIMA SENHORA

D. MARIA EMILIA MACHADO.

AO ILLUSTRISSIMO SNR. COMMENDADOR

FRANCISCO XAVIER MACHADO

e ás Excellentissimas Senhoras

D. Maria Joanna Machado e D. Maria Jacyutba Machado

Pequena prova de eterna amisade e gratidão.

Á MEUS IRMÃOS, Á MEUS CUNHADOS,

A' MEUS TIOS

E A'S SUAS EXCELLENTISSIMAS FAMILIAS

Á MEUS AMIGOS

OS ILLMS. SENHORES

José Joaquim Machado
Dr. Arthur Cezar Rios
Dr. Paulino P. da Costa Chastinet
Misael E. Campos
Angelo C. Dourado
Dr. Bemvindo Gurgél d'Amaral
Dr. Joaquim F. d'Almeida Castro
Pharmaceutico Joaquim Antunes da Costa Barros
Padre Joaquim Manoel d'Oliveira
Padre Daniel F. Moura

A MEU ILLUSTRADO MESTRE

O SENHOR DR. JOSÉ ANTONIO DE FREITAS

e á sua Excellentissima Familia

Muita gratidão.

AO DISTINCTO OCULISTA BRASILEIRO

O ILLM. SENHOR DR.

JOSÉ LOURENÇO DE MAGALHÃES

Homenagem ao merito.

Á MEU BOM AMIGO

O Senhor Dr. José Moreira Coêlho

e á sua Excellentissima Familia

AO ILLM. E EXM. SENHOR CONSELHEIRO

SENADOR DOMINGOS JOSÉ NOGUEIRA JAGUARIBE

Á MEUS PRIMOS

PARTICULARMENTE OS SNRS.

G. Cardozo da Costa Moura e Antonio Gurgél da Costa Nogueira

AO ILLUSTRISSIMO SENHOR

Coronel José Lopes Pereira de Carvalho

e á sua Excellentissima Familia

Á MEUS ILLUSTRADOS MESTRES

OS SENHORES

Dr. Demetrio C. Tourinho, Dr. Francisco Rodrigues da Silva e Barão de Itapoan

AOS MEUS COLLEGAS DOUTORANDOS

OS SENHORES

Dr. Joaquim Onofre Pereira da Silva
Dr. Manoel Barbosa da Silva
Dr. Candido A. Machado Freitas
Dr. Cyrillino P. d'Almeida e Castro
Dr. Manoel Leite de Novaes e Mello
Dr. Manoel de Sá Barreto Sampaio
Dr. João das Chagas Rosa

A MEUS CONDISCIPULOS

PARTICULARMENTE OS SRS.

Dr. Alfredo P. Freitas
Dr. Antonio Rodrigues Lima
Dr. Raulino F. d'Oliveira
Dr. Antonio Spinola de Athayde
Dr. Constancio dos Santos Pontual
Dr. Antonio Rodrigues Teixeira
Dr. Pedro Augusto Borges
Dr. Theotonio Antonio da Veiga

SECÇÃO CIRURGICA

TRATAMENTO CIRURGICO DA CATARATA

DISSERTAÇÃO

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis Causâ, sed utilitas officumque fuit. (Ovidio.)

Peu de sujects en ophtalmologie ont été, et à juste titre, l'object d'une étude plus approfondie que le traitement chirurgical de la cataracte. Cela s'explique sans peine; car le résultat d'une opération de cataracte, qui a réussi, est si éclatant, que cette opération se place naturellement dans l'esprit des malades, du publique et des medécins eux-mêmes, au rang des plus grands et des plus nobles efforts de la science humaine. (Critchett.)

PRIMEIRA PARTE

DEFINIÇÃO E DIVISÃO DA CATARATA

Chama-se catarata uma alteração do apparelho cristallino caracterisado por sua opacidade parcial ou total.

A definição da catarata, bem como sua divisão, tem sido objecto de dissensões, e opiniões diversas; porem n'este humilde trabalho, em que preferimos ser conciso, omittiremos as longas discussões, que a este respeito tem sido suscitadas, e limitar-nos-hemos a mencionar apenas o que ha de mais acceito na sciencia hodierna.

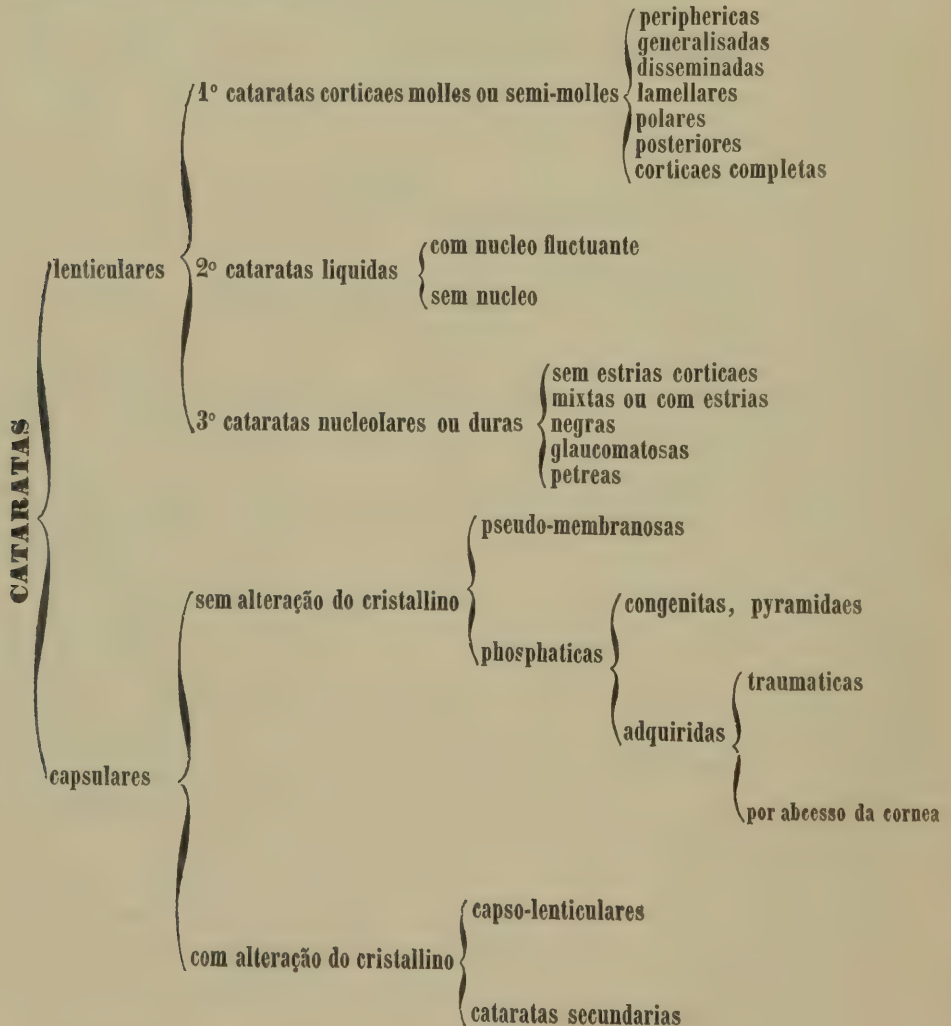
A classificação das cataratas em *lenticulares*, *capsulares*, e *capso-lenticulares* é a que nos parece mais rasoavel; porque não só nos dá ideia de sua séde, como tambem das alterações de seus diversos elementos.

O apparelho lenticular compõe-se d'uma capsula (a cristalloide) e d'uma substancia propria (camada cortical e nucleo) n'ella contida.

O estado histologico e chimico d'estes elementos pode ser alterado parcial ou totalmente, e oppor-se a penetração dos raios luminosos no fundo do olho, é assim pois, que ora a opacidade occupa a substancia

propria do cristallino, ora simplesmente sua capsula, ou todas suas partes constituintes entrão no processo morbido.

Quando a opacidade começar pelas camadas corticaes anteriores ou posteriores a catarata toma o nome de cortical; no caso porem em que só o nucleo é affectado ella é nucleolar; se fôr a capsula, que estiver opaca a catarata é capsular etc.; appressemo-nos em dizer que estas distincções são apenas notaveis no principio da molestia.

Admittindo pois essa classificação, que é a adoptada pela maioria dos ophtalmologistas modernos, faremos aqui o seguinte quadro das diversas subdivisões da catarata (1):

(1) Galezowski.

Feito deste modo o resumo das diversas subdivisões das opacidades do cristallino, passaremos agora a descripção dos methodos, e processos operatorios da catarata.

O methodo de extracção, verdadeira descoberta de Daviel (1745), tem sido dividido em processos modificados de maneiras muito variadas, com o fim de tornar a execução da operação mais facil, e o resultado definitivo mais satisfactorio.

Primeiro processo, extracção a retalho—A incisão praticada na cornea para a extracção do cristallino pode ser feita em sua parte superior ou inferior: no primeiro caso a operação toma o nome de *keratomia* superior, e no segundo de *keratomia* inferior.

Apparelho instrumental—Os instrumentos necessarios para fazer-se essa operação são os seguintes: uma faca de catarata (de Beer ou de Zehender) de que a parte cortante pode ser convexa ou recta; um blepharostato ou dous elevadores; uma pinça de fixação; thesouras curvas finas, uma de pupilla artificial; uma curêta de Daviel com o kystitomo de Graefe, e um gancho para pegar o cristallino em casos de luxações.

Primeiro tempo da operação—O doente, sendo convenientemente collocado em seu leito, e tendo a cabeça bem fixa por um assistente, um ajudante habil e conhecedor do papel importante, de que está encarregado, trata de afastar as palpebras de modo que o operador não seja de nenhum modo embaraçado nas manobras, que deve executar; este ultimo, tendo na mão esquerda uma pinça de fixar, pega uma dobra da conjunctiva com o tecido subjacente á quatro millimetros para dentro do bordo interno e superior da cornea. Na mão direita tem, a maneira d'uma penna de escrever, a faca de catarata, e com ella pratica a puncção na cornea a dous millimetros de distancia do bordo esclerotical, um pouco ácima do diametro horisontal; os dous ultimos dêdos devem ou ficar dobrados sobre a face palmar da mão ou repousar sobre a região malar. A ponta do instrumento deve ser dirigida primeiro perpendicularmente a superficie da cornea até que tenha penetrado na camara anterior, então dá-se-lhe uma direcção parallela ao plano da iris, continuando-se até o lado opposto da cornea em um ponto inteiramente symetrico, onde deverá ser feita a contra-puncção. O illustre professor de clinica ophtalmologica, Wecker, recommenda a aquelles que não são bem familiarisados com a operação, de penetrar na camara anterior com a faca sempre em um plano parallelo a iris; porque no primeiro caso pelo movimento dado ao instrumento

exerce-se alguma pressão sobre o olho, e facilita-se a sahida d'uma parte do humor aquoso; accidente que difficultaria muito a terminação da operação sem ferir a iris; além d'isto, os bordos do retalho não serião tão regulares, porque é impossivel dar-se ao instrumento a mesma direcção para a contra-puncção.

Segundo Desmarres (pae) a secção da cornea não deve ser de todo terminada; este celebre pratico, para prevenir a sahida rapida do cristallino, e o prolapso do corpo vitreo aconselha que se deve deixar uma pequena parte do retalho sem ser excisada, ainda que seja a operação um pouco mais prolongada.

Outros praticos, porém, fazem a excisão do retalho em um só tempo. As vantagens do modo de proceder de Desmarres são incontestaveis, não só pelo que já ficou exposto, como porque não se expõe a um reviramento do retalho, quando fôr abaixada a palpebra superior, se o ajudante não fôr bastante perito.

Terminado d'esta maneira o primeiro tempo da operação, retira-se o blepharostato, e deixa-se o doente repousar por um instante, recommendando-se-lhe que não contraia energicamente os musculos do olho, e que o tenha fechado tão brandamente quanto possivel, afim de não comprimir o globo ocular.

Neste acto alguns praticos aconselhão que se anime ao doente, e se o faça convencer de que está passada a parte mais dolorosa da operação, para que o cirurgião aproveitando-se de sua tranquillidade possa com segurança proseguir no segundo e terceiro tempos, que sem nenhuma duvida são os mais delicados da operação.

Segundo tempo—Durante todo o tempo que se deixa ao individuo para tranquillisar-se, o operador exerce uma ligeira pressão sobre a palpebra superior (applicada ao globo), para manter brandamente os bordos do retalho reunidos; esta precaução torna-se ainda mais urgente quando o pratico tiver feito em um só tempo toda a secção da cornea. Feito isto, o ajudante afasta de novo as palpebras, e o cirurgião inicía o segundo tempo da operação, isto é, trata de abrir a capsula. Alguns praticos incluião este delicado tempo no primeiro, e d'este modo abrião a capsula com a mesma faca, com que fazião o retalho (1); porém, de accordo com Wecker, Jeager

(1) No momento de retirar a faca da camara anterior, a ponta do instrumento, chegando ao nivel do bordo pupillar, Desmarres e outros fazião-na penetrar na cristalloide onde fazião uma larga incisão que seria mais tarde completada pela sahida do cristallino.

e outros, preferimos sempre fazer a incisão da capsula com o kystitomo, sendo guardadas as regras d'arte.

Para isto introduz-se na camara anterior o kystitomo em uma direcção horisontal, e com a ponta voltada para baixo; depois de tel-o feito chegar no campo pupillar, faz-se-o executar um movimento de rotação, em virtude do qual a ponta do instrumento põe-se em contacto com a cristalloide, e sendo retirado, segundo a direcção de seu eixo, pratica-se uma incisão de dentro para fora n'esta membrana; o cristallino sahindo rompe-a, formando retalhos triangulares; porém, sempre que fôr possivel, é conveniente fazer-se incisões multiplas para dar sahida mais livre a catarata.

É nesta occasião que o cirurgião deve ter serio cuidado, e dirigir-se com summa prudencia, para evitar não só a contusão dos labios da ferida, como para não ferir a iris ou destruir suas inserções; e d'este modo prevenindo-se a inflammação consecutiva.

A abertura da cristalloide é denunciada pela proeminencia da catarata, maior dilatação da pupilla, e afastamento dos bordos da ferida, o que tudo deve o pratico ter em vista para melhor poder guiar-se.

Terceiro tempo. Sahida do cristallino—A palpebra superior é só elevada; se o retalho não tiver sido terminado no primeiro acto, procede-se a secção da pequena parte, que ainda une-o aos tecidos visinhos; se ao contrario o retalho tiver sido logo terminado, o operador passa immediatamente a expellir a catarata.

Para isto basta muitas vezes uma branda compressão sobre a parte inferior do globo ocular, auxiliada pela contracção dos musculos do olho; vê-se então o cristallino executar um movimento de rotação em redor de seu eixo transverso, e offerecer um de seus bordos a abertura da cornea, por onde se escapa lentamente. Mas, nem sempre as cousas se passão tão facilmente: pode acontecer que a compressão sobre o bordo inferior da cornea, e a contracção dos musculos rectos não sejão sufficientes para fazer sahir o cristallino; n'este caso o cirurgião deve ao mesmo tempo comprimir o bordo superior da cornea ou directamente com a curêta ou indirectamente com o dêdo sobre a palpebra superior, previamente abaixada. Não obstante a grande auctoridade de Wecker, que prefere o segundo modo de proceder, nos decidimos pelo primeiro, porque applicamos uma força sobre um campo mais circumscripto, e podemos até certo ponto impedir o prolapso do humor vitreo. Algumas vezes despojos da substancia cortical ficão adherentes a capsula, ou despegão-se do cristal-

lino em sua passagem pelo esphincter pupillar, e pelos bordos da ferida; n'este caso dá-se algum tempo a reproducção do humor aquoso para diluil-os e facilitar sua sahida; depois, por uma pressão sobre o olho de cima para baixo, procura-se dirigil-os para o vertice do retalho, por onde sahe com maior ou menor difficuldade. Se, por ventura, o cirurgião não conseguir por este meio limpar bem o campo pupillar, deve recorrer a curêta de Daviel, ou a de Critchet para extrahir todo o resto da substancia opacificada, e assim prevenir o resultado feliz da operação, e apressar a cura.

Têm-se aconselhado no caso em que é improficuo o emprego da curêta, a introducção de pinças muito finas para extrahir conjunctamente a capsula em parte ou totalmente; porém, além de que é preciso obrar-se com extrema delicadeza, vê-se em geral, após a primeira tentativa, a hernia do corpo vitreo, o que difficultaria muito a terminação da operação, e até comprometteria seu resultado definitivo. Depois de se ter terminado este tempo, e que o doente estiver tranquillo, afasta-se-lhe ligeiramente as palpebras para certificar-se do estado do olho; muitas vezes acontece que elle não distingue logo os objectos que lhe são apresentados ou os vê com côr diversa da que realmente tem; outras vezes, porém, logo depois da operação, o doente tem a vista bem clara.

O *manual operatorio* da keratomia inferior e obliqua não differe do que acabamos de descrever para keratomia superior; apenas o cirurgião collocar-se-ha a direita do doente ou por detraz conforme as necessidades.

Modificações—O processo, que acabamos de descrever, não é um processo simples, mas modificado por diversos praticos: assim Desmarres (pae) para obviar o reviramento do retalho, sua falta de coaptação, e suppuração propoz uma modificação, a que deo o nome de—*Methodo de extracção kerato-conjunctival.*

N'este processo Desmarres praticava um retalho ás custas da cornea, e parte da conjunctiva; assim depois de ter elle atravessado a cornea, como na keratomia ordinaria, continuava a incisão por baixo da conjunctiva bolbar na extensão d'alguns millimetros conservando este meio unitivo entre esta e aquella membrana, depois do que passava a expulsão da catarata. Os phenomenos morbidos, que muitas vezes complicão o resultado final da operação, não tem sempre seu ponto de partida na secção da cornea, mas ao contrario teem sua séde na iris. Esta membrana pode ser contundida não só pelo kystitomo no acto da dilaceração da cristalloide como

ainda pela catarata em sua passagem através da pupilla contrahida, e então porções variaveis de massas corticaes podem ser despegadas do nucleo, as quaes em contacto com o humor aquoso alterão-se, e irritão o bordo pupillar, augmentando assim a intensidade phlegmasica do diaphragma ocular.

A esta irritação succede uma hypersecreção mais ou menos copiosa de liquidos, havendo como consequencia immediata exagero de tensão intra-ocular, e rotura das pequenas adherencias já formadas entre os bordos da ferida. A todo este cortejo de phenomenos complicativos addiciona-se uma hypergenese de cellulas introcapsulares, que mais tarde pode transformar-se em uma verdadeira pyogenese, e todo o quadro morbido em uma suppuração intensa do olho.

Estas considerações e algumas outras derão lugar a que muitos praticos propozessem a excisão do iris.

Mooren aconselhava, que se fizesse a iridectomia duas ou tres semanas antes de fazer-se a extracção á retalho, e diz ter obtido por este meio resultados muito brilhantes. Pagemstecher e Jacobson propozerão uma outra modificação. Estes cirurgiões fazião todo o retalho na esclerotica perto de sua união com a cornea; depois excisavão o iris, e a catarata era extrahida como de ordinario.

Já vimos anteriormente que uma parte da substancia peripherica do cristallino pode ficar adherente a sua capsula (depois da extracção da catarata) e que mais tarde estes elementos assim como a cristalloide podem trazer uma opacidade secundaria, e por conseguinte nova perda da visão. Em—1773 Richter já propunha a extracção da catarata com sua capsula para prevenir esta causa aliás bem frequente de insuccesso no methodo de extracção. Mais tarde outros praticos, d'entre elles Beer (1790) seguindo as ideias de Richter extrahirão por este methodo cristallinos opacificados, e sempre com exito mais ou menos feliz.

Sperino em 1858 descreveo muito bem esta modificação da extracção á retalho mostrando ao mesmo tempo suas vantagens em certas variedades de catarata, especialmente para as capso-lenticulares.

Segundo processo. Incisão linear simples—Dá-se o nome de incisão linear simples a uma pequena incisão feita as mais das vezes na cornea, ou por simples puncção com a faca de catarata, sem contra-puncção, ou com a faca lanceolar.

Este processo comprehende tres tempos: no 1.º pratica-se a puncção

da cornea, no 2º a discisão da capsula, o 3º compõe-se da sahida da catarata. O doente deve ser previamente submettido a acção da atropina; chloroformisado se houver indicação, que auctorise. Os instrumentos empregados são os mesmos que para a extracção á retalho, com a differença, porem, de que mais geralmente se pratica a secção com a faca lanceolar.

Primeiro tempo da operação—O doente é deitado (1) em um leito appropriado, e depois de afastadas as palpebras com o blepharostato ou com os elevadores, pega-se uma dobra da conjunctiva á 3 millimetros para dentro do bordo interno da cornea; pratica-se a puncção á 2 millimetros de distancia do annel esclerotical, dirigindo-se a faca primeiro perpendicularmente a superficie da cornea até que se tenha penetrado na camara anterior, o que se denuncia pela sensação d'uma resistencia vencida, abaixa-se então o cabo do instrumento, e dirige-se-o parallelamente a iris. Feito isto retira-se a faca lentamente na posição em que se acha, ou melhor com a ponta voltada para a cornea para não ferir o cristallino, e sua capsula no caso, em que tenha proeminado na camara anterior, depois da sahida do humor aquoso. Se o cirurgião reconhecer que a faca não é bastante larga para fazer uma incisão sufficiente, no momento de retiral-a executa movimentos lateraes por meio dos quaes golpêe os angulos da ferida e a torne maior; se isto não for bastante, e houver necessidade d'uma secção maior servir-se-ha do bisturi botuado ou de thesouras appropriadas. Algumas vezes a incisão é feita no bordo esclerotical, então será necessario praticar-se a iridectomia (Galezowski.)

Segundo tempo—Na execução d'este acto procede-se do mesmo modo que para á extracção á retalho.

Terceiro tempo—Se as massas corticaes estiverem de tal sorte alteradas que se apresentem debaixo da fórma liquida, depois de aberta a capsula vê-se logo toda a materia derramar-se na camara anterior, d'onde por uma simples pressão com a curêta de Davïel sobre o labio esclerotical da ferida facilmente se a expelle.

(1) Ainda que esta posição offereça maiores difficuldades ao cirurgião deve ser todavia preferivel, segundo os sabios conselhos de Graefe, Galezowski e Wecker, a ser operado o doente sentado, como quer Desmarres; porque d'um lado offerecemos-lhe um ponto d'apoio mais solido a sua cabeça, d'outro lado prevenimos até certo ponto a hernia do corpo vitreo; ainda mais deve-se observar que esta posição o tranquillisa mais, e o abriga de algum modo das syncopes a que na outra elle está sujeito.

Porem nem sempre as cousas se passão assim; algumas vezes estas massas conservão a integridade de sua cohezão, ou mesmo póde acontecer que a catarata tenha um nucleo pequeno, e a sua massa peripherica muito adherente; nestas condições é preciso que a curêta de Davïel ou a de Critchet representem um papel importante na extracção. No caso vertente não será só pela pressão que o operador poderá expellir a catarata; é quasi sempre necessario a introducção da curêta; mas para se proceder d'este modo é prudente, praticar-se previamente, a iridectomia, com o fim de evitar a contusão da iris pelo instrumento. A curêta é introduzida na camara anterior com a superficie convexa voltada para a iris até tocar o campo pupillar; depois do que dirige-se-a quasi perpendicularmente ao cristallino, fazendo-se ao mesmo tempo descrever uma pequena rotação de modo que sua parte concava seja collocada por detraz do nucleo; d'ahi dando-se um movimento conveniente ao instrumento procura-se retirar não só o nucleo como aquella parte da substancia cortical, que a curêta puder apanhar. Esta manobra é repetida algumas vezes com o fim de limpar bem o campo pupillar; porém deve haver muita prudencia para não provocar-se maior irritação dos labios da secção, e da iris, podendo-se até deixar alguma particula e confiar na dissolução e reabsorpção d'ella sem comprometter o resultado da operação.

Extracção linear modificada. (Processo de Graefe.) —Primeiro tempo—Incisão. Afastadas as palpebras, fixa-se o globo ocular pegando com a pinça appropriada a conjunctiva do mesmo modo que no processo anterior.

O ponto onde obra a pinça de fixação deve ser diametralmente opposto á aquelle, em que se tenha de praticar a incisão; por conseguinte abaixo do bordo inferior da cornea, quando se quizer fazer a incisão na parte superior, e vice-versa. Isto não é sem importancia, porque desde que a faca penetra até a terminação da secção, o globo ocular impellido por uma força executará necessariamente movimentos em virtude dos quaes as situações escolhidas pelo operador podem ser facilmente desviadas e o defeito da incisão trazer serias complicações.

O cirurgião tendo na mão direita a faca de Graefe com o córte voltado para cima, a introduz na esclerotica á um millimetro da circumferencia da cornea.

Segundo Graefe quando se pratica a punção não se deve visar logo o ponto, onde ha de sahir o instrumento, mas será primeiro dirigido um

pouco obliquamente de cima para baixo até que tenha penetrado na camara anterior; então eleva-se a ponta da faca para o logar inteiramente symetrico, onde se faz a contra-puncção.

Este modo de proceder do illustre professor de Berlin é de summa importancia para augmentar a ferida interna; mas logo que a contra-puncção é feita, dá-se a lamina da faca uma ligeira inclinação para diante, impellindo-a n'esta direcção, e ao mesmo tempo communicando-lhe um movimento de serra até cortar os restos da conjunctiva, que se antepõem ao instrumento.

Segundo tempo. Excisão do iris—Se o humor aquoso em sua sahida tiver arrastado o iris, o cirurgião confiando a pinça de fixar ao ajudante e tendo na mão esquerda uma pinça de pupilla pega a membrana herniada na ferida pucha-a brandamente para diante, e faz a ablação da porção herniada com thesouras curvas; porém se o diaphragma ocular não apresentar-se expontaneamente ao exterior, o que pode ter logar em consequencia de adherencia (Graefe,) então tomar-se-ha a pinça de pupilla artificial, leva-se-a na camara anterior até a margem pupillar do iris, ahi abre-se a pinça tanto quanto permittir a extensão da incisão para receber uma dobra da membrana e depois de fechada retira-se a porção correspondente a ferida para o exterior. Se o cirurgião dispuzer de ajudante perito pode não deixar a pinça de fixar; o córte do iris será confiado a elle, que toma a thesoura e com ella comprimindo brandamente o globo ocular excisa o retalho tão junto quanto possivel da ferida. É da maior importancia não deixar nenhuma porção do iris entre os labios da ferida; Graefe e Arlt recommendão muito que se revire previamente o retalho kerato-conjunctival sobre a cornea para bem descobrir a base da membrana e na excisão não deixar nenhuma porção que possa encravar-se e provocar complicações, que difficultem a cura.

Terceiro tempo. Discisão da capsula—Recentemente um distincto oculista brasileiro, o Sr. Dr. José Lourenço propoz que se faça a kystitomia com uma pinça de sua invenção, a qual elle deu o nome de *pinça-kystitomo*. É realmente um instrumento muito engenhoso, como o são outros do mesmo auctor, e que tanto devem elevar o nome do illustre pratico, uma das glorias da cirurgia brazileira, e que tem sabido conquistar um lugar ao lado dos Graefes, Galezowskis, Wecker etc. Na descripção do manejo

da *pinça-kystitomo* julgamos conveniente transcrever as palavras de seu inventor: (1).

« Pour atteindre, diz este pratico, le but auquel je me propose d'arriver, je me serve d'une pince qui a été fabriquée par M. Collin sur mes indications, Avec cette pince je parviens à enlever d'um seul coup la partie de la cristalloide antérieur qui se présente entre ses branches. Voici comment je procède:

L'incision sclero-cornéenne et l'excision de l'iris etant patiquées je tourne la pince-kystitome, les branches fermées, de manière que sa concavité regarde le côté nasal de l'œil, et je penetre dans la chambre antérieure jusqu'à ce que j'arrive près de la partie moyenne et inférieure du bord pupillaire. Pendant l'entrée de la pince, les griffes qui garnissent une partie de ses bords terminaux ne doivent pas toucher les lèvres de l'incision. Arrivé là, je tourne la pince de manière que les griffes regardent la capsule du cristallin, j'ouvre les branches autant que me le permet l'espace pupillaire, je touche la partie correspondente de la capsule en appuyant doucement contre le cristallin, et je ferme brusquement la pince. Les griffes saisissent alors la portion de la capsule comprise entre leurs branches et la déchirent completement.

Je dois ajouter qu'avant de tourner la pince dans la chambre antérieur, je lève son extremité et la rapproche de la face postérieure de la cornée afin d'eviter que pendant ce mouvement les griffes ne blessent la capsule. La pince une fois fermée, je la tourne de nouveau sur le côte et la retire en la maintenant dans la même position que je lui avais fait pendre en entrant. »

A cristalloide anterior sendo d'este modo em grande parte extrahida, é claro que previne-se o desenvolvimento d'uma catarata secundaria; e foi esta a ideia, que preoccupou o espirito esclarecido do distincto ophtalmologista, que diz-nos ter tirado sempre bom resultado de suas numerosas experiencias sobre animaes, e nas operações de catarata sobre o vivo. A extracção do cristallino com a capsula tem sido tentada por vezes sendo differentes os processos, que segundo nos parece expõe á rotura da hyaloide, e portanto a hernia consideravel do corpo vitreo; accidente grave, quando tem logar n'estas proporções, e a que a *pinça-kystitomo* está bem longe de expôr. O processo, pois de Delgado (de Madrid) e de

(1) Jornal de ophtalmologia de Septembro de 1872.

Sperino está em nossa fraca opinião, distante do que propõe o illustre oculista brasiliro principalmente em relação as consequencias immediatas da operação.

Quarto tempo. Extracção da catarata—A execução d'este acto da operação varia de conformidade com a consistencia da catarata. Quando o nucleo é cercado d'uma espêssa camada de substancia cortical molle é sufficiente comprimir com o dôrso da curêta o bordo esclerotical da incisão; vê-se logo o cristallino desprender-se de sua capsula executando um pequeno movimento de rotação em volta de seu eixo horisontal e apresentar seu bordo entre os labios da ferida. Se esta pressão na parte media da incisão não bastar para expellir a catarata, será conveniente fazel-a successivamente d'um a outro angulo da secção, como procedem alguns praticos; porém quando a massa cortical fôr muito delgada a manobra de *resvalamento* empregada com a curêta pode não aproveitar; n'este caso o pratico se verá na contingencia de introduzir na capsula o gancho rhombo ou a curêta, e por este meio extrahir a catarata.

Quinto tempo. Depois de se ter dado algum tempo de repouso ao doente durante o qual deve conservar o olho fechado, passa-se a examinar se ficarão alguns despojos do cristallino atraz do diaphragma ocular.

Quando reconhecer-se restos da substancia cortical adherentes a capsula ou livres, procede-se do modo que já ficou indicado nos processos anteriores; não esquecendo, porém, o pratico que deve ser muito reservado na introducção de instrumentos; em alguns casos lhe será mais conveniente a parcimonia, ainda que tenha de tratar d'uma catarata secundaria; porém não se deve expor a provocar uma phlegmasia, que possa comprometter o resultado da operação.

Extração linear combinada (processo de Galezowski.) Este pratico julgando conveniente a extracção de certas cataratas depois de sua completa maturidade, divide a operação em dous tempos bem distinctos: no primeiro faz *discisões successivas* (as mais das vezes tres) com o fim de amollecer as cataratas corticaes incompletas, e estacionarias; no segundo elle pratica a extracção linear simples ou com excisão do iris tres a quatro semanas depois da primeira discisão.

Este processo é bastante engenhoso, e util quando o cirurgião quizer

que a opacidade do cristallino percorra todas as suas phases em menos tempo.

O processo de Liebreich não é mais do que uma modificação da extracção de Graefe; nota-se que aquelle auctor em logar de fazer a incisão na parte superior do globo pratica-a na parte inferior, e de modo que a parte media da secção seja feita na cornea; o elevador assim como a pinça de fixar são retiradas desde que a capsula estiver aberta.

O Dr. Liebreich não se serve da curêta nem do gancho como instrumentos de tracção, porém apenas usa da curêta para executar o movimento de resvalamento indicado por Graefe tendo-se na mão esquerda a palpebra superior através da qual se comprime o olho.

Curativo. Feita a extracção, e cuidadosamente limpa a ferida, passa-se a applicação do apparelho, que deve manter os bordos da ferida em justa posição. Este apparelho é extremamente simples e consiste em applicar-se immediatamente sobre ambos os olhos uma compressa bem fina e branda, por cima da qual colloca-se uma camada de pequenas bolas de fio de maneira que toda cavidade orbito-nazal fique completamente cheia, uma atadura de linho ou flanella de 4 a 5 centimentros de largura e 4 á 5 metros de comprimento é applicada sobre as bolas de fio nos dous olhos; tres a quatro voltas são ordinariamente sufficientes para prender o apparelho.

O doente deve ficar deitado em sua cama na posição horisontal ou ligeiramente inclinado para o lado opposto ao olho operado; deve conservar-se em completa immobilidade durante os dous primeiros dias (ao menos, quando tiver sido operado pelo processo de extracção á retalho,) na extracção linear modificada porem os doentes podem por necessidade passar os primeiros dias fóra do leito (Graefe.)

Vinte e quatros horas depois da operação deve-se levantar o apparelho e examinar com muita attenção o estado do olho; se existe ou não alterações na cornea; se ha alguma irritação inflammatoria do iris, e de outras partes do olho, para convenientemente combatel-as.

Graefe costuma levantar o apparelho no primeiro dia 5 a 6 horas depois da operação, e nos dias subsequentes uma a duas vezes por dia, tendo sempre o cuidado de fazer instillações d'uma solução concentrada de atropina desde o 2.º dia para prevenir a adhesão do iris a capsula. No regimen pode-se permittir uma branda alimentação, e que não seja necessario o movimento dos maxillares; em alguns casos é preciso que toda

conversação seja prohibida, e o doente deverá ter sempre ao pé de si uma pessoa para evitar que elle leve as mãos aos olhos durante o somno ou ao despertar, e uma pressão involuntaria possa dar logar a consequencias muito graves.

Methodo de discisão—Observações numerosas têm demonstrado que o humor aquoso exerce sobre o cristallino uma acção dissolvente tão energica, que em um individuo, no qual a capsula cristalloide anterior tenha sido rompida o cristallino desapparece algumas vezes em poucos dias. D'ahi nasceo um methodo operatorio á parte, cuja execução é extremamente simples, e despido do cortêjo apparatoso, que acompanha aos outros debaixo de qualquer ponto de vista que se o encare.

O methodo de *discisão* divide-se em *discisão* simplesmente da capsula, e *discisão* da catarata em massa ou *dilaceração*, conforme quer-se fazer só uma incisão na cristalloide, ou pretende-se conjunctamente interessar a substancia do cristallino.

Primeiro. Discisão da capsula. Afastadas as palpebras, e fixo o olho, introduz-se a agulha de Galezowski ou a de Bowman na cornea em seu diametro horisontal á 2 millimetros da esclerotica até o campo pupillar previamente preparado pela atropina; chegando ahi o instrumento, pratica-se na cristalloide uma incisão por onde o liquido da camara anterior se ponha em contacto com a substancia do cristallino; depois do que retira-se o instrumento com precaução para evitar a lesão do iris.

Alguns praticos preferem fazer muitas incisões em diversos sentidos para deixar uma superficie mais larga do cristallino á descoberta, por onde se possa fazer uma embebição mais rapida da catarata.

Graefe aconselha que se pratique antes a iridectomia para então fazer-se a discisão da capsula pela cornea; ha neste modo de proceder alguma rasão de ser; porque não só facilita-se a manobra operatoria, como previne-se a phlegmasia consecutiva.

Bowman faz a discisão com duas agulhas penetrando pela cornea.

A discisão da capsula pode tambem ser feita pela esclerotica; porém os resultados da operação pela cornea, são como acabamos de descrever, mais certos, porque não é tantas vezes acompanhada de accidentes complicativos.

Segundo. Dilaceração da catarata. Assim como a discisão simples esta operação pode ser feita por *escleroticonyxis*, e por *keratonyxis*.

O operando estando preparado como para a operação precedente, pra-

tica-se a puncção na esclerotica (para a escleroticonyxis) com a agulha de catarata á 3 millimetros do annel esclerotical, ao nivel do diametro horisontal da cornea; a agulha caminha entre o cristallino e a iris até a pupilla, chegando ahi faz-se penetrar profundamente na catarata por incisões em todos os sentidos, para reduzil-a a fragmentos.

Para dilacerar-se a catarata penetrando-se pela cornea procede-se do mesmo modo que para a discisão simples, com a differença, porém, de que o cirurgião não se limita a incisar só a cristalloide; mas desaggrega profundamente a substancia do cristallino. As desvantagens quanto ao resultado definitivo da operação (apressemos-nos em dizel-o) os accidentes consecutivos de extrema gravidade, são tão inherentes a este processo operatorio, que a expressão final é quasi sempre a perda do olho, não obstante a applicação repetida da atropina, e do gêlo; em vista de tão grandes complicações, como as iritis, iridochoroidites, ritinites etc. este processo deve ser empregado com muita reserva.

SEGUNDA PARTE

ANALYSE DOS METHODOS E PROCESSOS OPERATORIOS DA CATARATA.

> Quand on veut juger consciencieusement une méthode opératoire, on doit suivre, jusque dans les plus petits détails, le manual opératoire de l'auteur que l'on veut imiter. (Graefe.)

Depois de termos feito uma breve descripção dos methodos, e dos processos operatorios mais seguidos, procuraremos aprecial-os, e mostrar a qual d'elles damos preferencia; certos de que se não satisfizermos as exigencias da lei exhibindo conhecimentos depurados no cadinho da observação e experiencia proprias, não é em grande parte culpa nossa; porém é devido a pobreza de estudos praticos em nossa Faculdade.

Sem sombra de pretenção aos foros de escriptor, nem habituados ao systema electivo da imprensa, sem outro galanteio de estillo que a esca-

brosidade d'uma sciencia essencialmente pratica, sentimos n'este momento confranger-se-nos o coração quando meditamos seriamente sobre nossa deficiencia d'aptidões para preencher o mandatum da lei, que exige de nós esta prova. Mas empenhados n'esta luta desegual, tendo d'um lado a grandeza do assumpto e do outro a inopia de habilitações, procuraremos todavia desenvolvel-o conforme nossas debeis forças.

Antes de tudo, porém, cumpre-nos dizer que só consideramos como methodos uteis na therapeutica cirurgica da catarata o de *discisão* e de *extração* com algumas modificações, que são verdadeiras conquistas da sciencia hodierna, e formão o corpo de delicto dos tempos passados.

N'esta ligeira descripção, que fizemos d'estes methodos omittimos o de *abaixamento;* porque d'accordo com os progressos reaes da sciencia moderna, e em presença das consequencias gravissimas que acompanhão a operação por este methodo, julgamos que deve ser proscripto dos annaes da cirurgia e que deve já fazer parte integrante da historia da cirurgia oculista. É ainda acastellados sob a auctoridade d'um vulto proeminente em ophtalmologia o illustre oculista allemão, Wecker, que ousamos fallar d'este modo. Diz este distincto pratico: « La pensée de chasser du camp pupillaire une cataracte dure, em l'immergeant dans un milieu tel que le corps vitrée, où, loin de se dissoudre, elle peut agir à la manière des corps étrangers, est démontrée si peu rationelle, dans l'état present des connaissances cliniques, et anatomo-pathologiques que nous avons sérieu siment hésité à décrire cette methode de traitement. »

Na escolha do processo operatorio da catarata é de grande necessidade que o pratico tenha muito bem baseado o *diagnostico* de suas differentes fórmas: é o *ophtalmoscopio*, são as affecções morbidas diversas, as diatheses, a idade do individuo, que fornecem dados seguros para em plena inteireza de consciencia o cirurgião dar preferencia a este ou aquelle methodo e processo; notando-se que com o progresso, que n'estes ultimos tempos a ophtalmologia tem apresentado,ha tendencias incontestaveis para a reducção dos numerosos meios porque se tentava restituir a visão aos individuos cataratados, alguns d'elles até inconsequentes com o resultado desejado.

As affecções morbidas capazes de embaraçar ou contraindicar a operação são umas locaes como: as manchas da cornea, sua inflammação aguda ou chronica, o entropion, o ectropion, a trichiasis, estaphilomas, keratocelles, etc., etc.; outras porém são geraes, e devem ser tidas em

seria consideração: a syphilis constitucional, o rheumatismo, os accessos de tosse, affecções organicas do coração, dos intestinos complicadas de diarrhéa, as molestias das vias urinarias, hernias, são tantas circumstancias, que podem compromettcr o resultado feliz d'uma operação, e que o cirurgião perito não deve esquecer quando tiver de escolher um methodo de operação, preferindo em um caso a *discisão*, n'outro a extracção.

Já dissemos acima que não consideramos como methodos susceptiveis de resultados mais numerosos senão a *discisão*, e a *extracção á retalho* ou linear modificada; agora vamos dar as rasões que nos levão a preferir estes e negar a importancia especialmente do *abaixamento, detestavel operação*, como muito judiciosamente lhe chama Desmarres; a qual na realidade teve muitos sectarios nos tempos em que a sciencia estava envolvida em trevas; mas que é grande injustiça aos conhecimentos actuaes o pratico pegar na agulha para executal-a. O methodo de abaixamento deve ser proscripto pelas seguintes considerações: o cristallino retirado do campo pupillar, e collocado entre as cellulas do humor vitreo não encontra ahi sempre um corpo bastante resistente para o prender; é sufficiente pois algumas vezes uma branda contracção dos musculos do olho para determinar sua ascensão immediata, e aniquilar o resultado da operação. Ainda quando o resultado immediato fôr lisongeiro não se póde confiar muito na restituição da importante funcção, que nos põe em contacto com o mundo exterior, porque a catarata deslocada ou grande parte de seus despojos podem vir muito tempo depois collocar-se atraz do iris, e em todo caso ser frustrada a espectativa do operador. A catarata deslocada obra sempre como um corpo estranho, irritando aquellas partes com as quaes estiver em contacto: uma irido-choroidite pode logo desenvolver-se (o que em geral succede,) e a saúde do operado ser profundamente affectada; nevralgias intensas tormentão noite e dia aos doentes, contra as quaes todo o tratamento medico é algumas vezes improficuo, e o cirurgião vê-se então na contingencia de praticar a extirpação do olho para o salvar das garras da morte. Mesmo quando o cirurgião estiver em presença de certas cataratas complicadas, como nas capso-lenticulares adherentes em que alguns praticos indicão o abaixamento, nós seguindo os conselhos de Desmarres procuraremos sempre substituil-o pela discisão ou pela extracção linear modificada (combinada) como mais fecunda em resultados favoraveis. Diz este eminente pratico: « l'extraction d'après les resultats de ma clinique est-ici la regle, et si l'on réfléchit que le moyen

plus favorable pour arrêter les irido-choroidites chroniques consiste à exciser l'iris, on ne dévra pas craindre d'enlever d'abord un large lambeau de cette membrane pour faire place à la sortie de la cataracte et plus tard, à l'entrée de la lumière, car cette perte de substance dans le diapragme est un excellent moyen de prévenir l'inflammation traumatique du globe. » Não podemos negar, é verdade, que algumas vezes (muito raras) o processo de reabsorpção do cristallino deslocado seja rapido; que a phlegmasia das diversas membranas do olho entre em uma phase regressiva; que a hypersecreção de liquidos diminúa por que vai diminuindo a irritação e a cura possa ter logar; phenomeno excessivamente raro, que ninguem o póde prever através d'um futuro tão espêsso como aquelle offerecido pela operação de abaixamento que conta sempre mais victimas do que successos.

O cristallino obra ainda como corpo estranho não somente durante os primeiros dias, mas por um tempo indeterminado. Nos velhos, por exemplo, em que o nucleo cristallino é em geral excessivamente duro sua embebição não tem logar, e muito menos sua reabsorpção; n'estas condições elle persiste sem alteração entre as cellulas do humor vitreo muitos annos. Desmarres falla d'um doente, que tinha operado pelo methodo de abaixamento, havia muitos annos, e que acabou pela morte depois de ter soffrido durante quinze mezes as dores mais atrozes; a catarata tinha por sua presença determinado uma iridochoroidite acompanhada de nevralgias circumorbitarias as mais terriveis.

Este pratico refere ainda numerosos factos d'este genero, que seria fastidioso enumeral-os todos, porem que provão a nullidade do abaixamento. A catarata deslocada além dos gravissimos inconvenientes da inflammação das membranas do olho, e seu cortêjo de perturbações, póde ainda produzir a perda completa da visão, quer pelo *descollamento* da retina, quer pela *escavação* do nervo optico; tudo isto sendo a expressão do augmento de volume do cristallino, e pressão intra-ocular exagerada. Ainda pelos laços sympathicos, que prendem um olho ao outro, póde manifestar-se depois do abaixamento affecções bem graves do olho não operado. Não é raro ver-se desenvolver por essa sympathia uma iridochoroidite, uma amaurose no olho não operado, e muitas outras alterações, que tirão sua origem nas desordens causadas no olho operado, pelo cristallino deslocado, preenchendo o papel d'um corpo estranho, e o cirurgião ser obrigado a praticar a enucleação immediata d'este para poder

salvar ao outro tão seriamente compromettido, quando já o infeliz doente, victima da desgraçada escolha do cirurgião, tem soffrido o terrivel supplicio de atrozes dores por muitos dias.

Eis o que a respeito d'esta operação diz um pratico d'esta capital o Sr. Dr. Domingos Carlos: « O abaixamento, pois, era possivel de resultados além de prejudiciaes ao olho operado mesmo, capazes de consequencias desastradas, e até então imprevistas, em relação ao outro olho. É para notar a frequencia maior d'esta complicação depois de similhante operação, do que em relação aos outros casos de irido-choroidite e de consumpção ocular. »

Alguns observadores consideram como imprescindivel a indicação do *abaixamento* nos casos em que o corpo vitreo se achar amollecido; porque se o pratico quizer extrahir o cristallino correrá o perigo de extravasar todo o humor da hyaloide antes de fazer sahir a catarata. Seria incontestavel se o pratico estivesse collocado na estreita arena de selleção entre o abaixamento, e a antiga extracção; porém felizmente a discisão, e o processo moderno (extracção linear combinada) vêm preencher não só esta indicação do improficuo methodo de abaixamento, como a muitos outros, em que outr'ora se empregava, apesar dos protestos continuados de successos infelizes. Quando depois de ophtalmias internas se tem estabelecido adherencias entre a capsula cristalloide e o iris; quando em presença de uma catarata dura e volumosa a que acompanhão complicações geraes e locaes, que contra-indiquem a extracção, o pratico lançará mão da agulha não para abaixar o cristallino mas para abrir sua capsula uma e muitas vezes para submettel-o a acção dissolvente do humor aquoso. O resultado mais seguro no caso figurado é o do processo de Graefe, porque não é muito commum ver-se uma catarata endurecida dissolver-se completamente pela acção do liquido da camara anterior; por conseguinte a discisão é algumas vezes seguida de máu exito. Em presença d'estas considerações o cirurgião consciencioso escolherá nunca o methodo, que procuramos combater? A discisão e a extracção linear combinada não o substitue em todos os casos? É verdade que a discisão expõe tambem ao phlegmão do olho, a tisica e a outras consequencias funestas, porém em uma escala muito inferior a cifra, que offerece a outra operação de agulha.

A cirurgia moderna tem dado um passo brilhante, quando procura banir da therapeutica da catarata o abaixamento; porque não é só um processo que a observação proscreve, mas um methodo empregado desde

o berço da medicina e se em um caso as forças organicas forão tão energicas para eliminar toda catarata e restituir a visão ao operado é isto tão raro, que não autorisa ao cirurgião a jogar com uma funcção tão preciosa. O corpo vitreo não gosa de nenhum poder dissolvente e nem absorvente e é por esta razão que se tem encontrado o cristallino em olhos operados por *abaixamento, muitos annos antes, sem ter soffrido nenhuma alteração* e que se tem visto em uma epocha muito afastada da operação desenvolver-se uma inflammação intensa das membranas internas do olho não cedendo a nenhum tratamento emquanto persistir a causa irritativa. Graefe cita casos em que uma iridochoroidite se manifestou seis annos depois da operação.

Galezowski falla d'uma doente operada pelo abaixamento, a qual gozou por espaço de dous annos de perfeita vista; mais tarde, porém, sem causa conhecida, a catarata passou, a camara anterior, d'onde foi extrahida depois de muito soffrimento da doente.

Nos individuos em que as forças organicas são extremamente enfraquecidas ou por molestias que tenhão anteriormente soffrido, ou pelo facto mesmo da idade adiantada as indicações da extracção devem ser muito circumscriptas; quando muito se praticará a linear combinada, porque a reunião por primeira intensão na extracção á retalho é desgraçadamente difficil. Algumas vezes um accidente bem grave pode manifestar-se n'estas condições, e comprometter para sempre o resultado da operação,—queremos fallar da necrose do retalho, e sua suppuração em totalidade com todos seus symptomas aterradores. Muitos praticos indicão no caso vertente o *abaixamento* da catarata, não observando que se d'um lado obvião esse inconveniente, provocão outros ainda mais graves, como o phlegmão de todo o olho, nevralgias intensas, devidas a compressão dos nervos ciliares, a suppuração, e finalmente, em alguns casos, a morte vem completar este quadro sombrio, depois de longo soffrimento.

A discisão está bem longe de offerecer inconvenientes tão serios; e quando alguns se manifestem é em tão pequena escala, que permittiráõ sempre ao cirurgião empregal-a. A extracção linear combinada pode tambem neste caso ser seguida de feliz exito; é portanto a pericia do pratico, o pleno conhecimento do estado geral do doente, que forneceráõ os dados para preferil-a á discisão e vice-versa; certo de que o methodo de abaixamento não tem razão de ser. Nos individuos em que a camara anterior é excessivamente pequena a discisão é a indicação mais racional, a menos

que se não queira expôr a offender o iris no acto de penetrar o keratotomo na camara anterior, se o pratico em logar d'este methodo simples preferir o processo de Graefe. Ainda o pequeno espaço da camara do humor aquoso pode de tal sorte difficultar a extracção completa da catarata, e em grande parte concorrer para o desenvolvimento de accidentes consecutivos, que o cirurgião praticando-a deve estar de sobreaviso, e preparado para combatel-os.

É bem raro que no caso figurado todos os despojos do cristallino possão ser extrahidos, e a sua presença, atraz do iris, além da catarata secundaria, pode provocar a inflammação subsequente d'esta membrana, acompanhada de hyperplasia cellular, e de outros phenomenos succedaneos da irritação.

A discisão é ainda o methodo que, em geral, se deve escolher para os individuos *nervosos*, fracos, atacados de molestias do coração, dos intestinos complicadas de diarrhéa, de asthma, tosses rebeldes, etc., em que os esforços do doente, a falta de repouso necessario podem compromettcr o resultado final da extracção.

O abaixamento da catarata, pois, tem sido empregado em todos os casos ácima referidos; porém ainda uma vez diremos que quaesquer que sejão as consequencias da discisão e da extracção linear combinada serão em these menos graves, offerecerão comtudo factos mais numerosos de cura do que o methodo retrogrado, que nos inspira tão pequena confiança.

Nos meninos até a idade de quinze annos, nas cataratas congenitas a discisão tem tido largo emprego por Desmarres, Galezowski, Geager, etc., e coroada d'uma cifra bem consideravel de resultados felizes. Sua indicação é aqui plenamente justificada, já pela natureza da catarata, já pela promptidão com que se faz a reabsorpção de toda massa liquefeita; como ainda pela impossibilidade de os manter tranquillos no leito; a extracção aqui (apezar de ter sua indicação) é extremamente difficultosa, em virtude da pouca docilidade d'estes individuos, e o pratico o mais perito seria muitas vezes collocado na contingencia ou de ferir a iris ou de talhar um retalho irregular, que diminue as phases d'uma prompta cura. O trabalho de embebição marcha ordinariamente com lentidão, porém sem causar maior soffrimento ao doente; em alguns casos ha simplesmente uma ligeira injecção perikeratica de pouca duração, em outros porém cada uma dellas é acompanhada de muitas dores e de perturbações mais ou menos graves. Acontece frequentemente que uma opacidade parcial fique estacionaria

por longo tempo, porém que por sua posição difficulte de tal sorte a visão que o pratico seja obrigado a pôr de parte a politica medica, e lançar mão da faca para fazer a extracção; a discisão aqui tem plena indicação, porque pode por si só curar, ou ao menos collocará a catarata em condições mais favoraveis para ser extrahida.

A discisão com duas agulhas presta serviços incontestaveis, debaixo do ponto de vista funccional, nas cataratas consecutivas ao traumatismo ou a operação, porque permitte ao cirurgião prender com uma a opacidade, e com a outra destruil-a, ao passo que com uma só agulha mesmo em mãos muito habeis seria difficil por causa da facilidade com que ella se desloca no acto de se destruir suas adherencias.

A discisão tambem póde ter seus inconvenientes, que a pericia do pratico póde até certo ponto obviar: assim se a capsula é a primeira vez logo aberta em uma grande extensão, ou se pelo facto da inflammação immediata da substancia cortical uma ferida pequena da cristalloide tenha tomado maiores proporções, o cristallino faz hernia através da incisão, penetra em fórma de cogumello na camara anterior onde occasiona grande irritação acompanhada d'uma phlegmasia intensa. Quando isto tem logar não ha que hesitar, deve-se o mais breve possivel recorrer a extracção linear combinada, porque então a catarata tendo soffrido uma embebição consideravel acha-se sufficientemente amollecida para escapar-se com facilidade pela pequena incisão esclerotical e o phlegmão entra n'uma phase regressiva em muito pouco tempo.

Um outro accidente póde apresentar-se no tratamento da catarata pela discisão, depois da segunda ou terceira operação: é o ferimento da hyaloide.

O cristallino tendo consideravelmente diminuido de volume em seguida de sua reabsorpção, póde ser logo atravessado pela agulha, que excedendo seus limites posteriores vae ferir a membrana do humor vitreo, o que dá logar a sahida d'este corpo até a camara anterior, onde provoca inflammações exsudativas debaixo de cuja influencia a pupilla póde contrahir adherencias com a catarata ou com seus despojos e a difficuldade ser augmentada para operações subsequentes. Pronunciando-nos assim a respeito do abaixamento e da discisão passaremos agora a tratar dos processos de extracção, que são o verdadeiro tratamento da catarata. Ja dissemos precedentemente que o processo operatorio da catarata só póde ser escolhido attendendo-se a natureza e fórma d'ella, assim como o estado

do individuo, o qual póde ter uma influencia directa ou indirecta no resultado final da operação: não obstante ser isto facto incontestavel nos esforçaremos todavia agora por demonstrar que o processo de Graefe constitúe um progresso bem notavel na therapeutica cirurgica da catarata. Este eminente pratico soube aproveitar-se das vantagens da extracção linear simples, e como por inspiração combinou-a com a iridectomia formando hoje o processo mais geralmente empregado, não só nas cataratas duras, senis, como nos individuos muito adiantados em idade ou enfraquecidos por longas molestias, ou mesmo n'aquelles em que o estado do olho se oppunha formalmente ao processo de retalho. A extracção á retalho dá resultados modêlos, é incontestavel, porém é muito mais susceptivel de accidentes graves do que o processo de Graefe: n'aquelle o retalho é todo constituido as custas da cornea transparente, membrana inteiramente desprovida de vasos, e nós sabemos que as cicatrizes se fazem tanto mais promptamente quanto a superficie lesada fôr mais vascular; onde haja portanto uma exsudação plastica mais copiosa para a facil reunião da ferida por primeira intensão.

A cornea opaca constituida d'outra sorte offerece condições mais vantajosas para uma breve cura. Uma das grandes vantagens da incisão linear sobre o processo de retalho está na fórma da mesma incisão: neste a altura do retalho é muito maior do que n'aquelle, e portanto sua retracção ha de ser necessariamente mais consideravel, e o afastamento dos bordos da ferida exigirá maiores cuidados da parte do cirurgião para a reunião immediata; ao passo que na extracção linear os labios da ferida tendem sempre a approximar-se, e a reunir-se o mais intimamente possivel. A rasão é obvia: considerando a cornea um segmento de esphera é claro que o caminho mais curto entre dous pontos de sua superficie está situado no maior circulo, que passar por elles; a incisão occupando na extracção linear o plano deste circulo, toda a retração dos bordos da ferida tenderá a reunil-os, e nunca afastal-os, porque os approximará do caminho mais curto, condição essencial para a prompta cura (Graefe).

A pressão intra-ocular é ainda um motivo para proclamar-se a superiodade da incisão linear: aqui a força interna obrando identicamente sobre pontos, que offerecem a mesma resistencia, isto é, os bordos da incisão não haverá tendencia a elevar um sobre o outro, como desvantajosamente pode acontecer no processo de retalho, onde as condições de resistencia não sendo as mesmas pode dar-se a falta de coaptação acompanhada de

numerosos accidentes graves, que damnificão a operação. A superioridade do processo de retalho sobre a extracção linear era unicamente ter-se uma abertura bastante larga por onde podesse passar uma catarata volumosa sem produzir nenhuma contusão nos bordos da ferida; porém mesmo esta o distincto professor de Berlin fez desapparecer; porque em seu processo a incisão pode ser sufficientemente grande para dar sahida a um cristallino bem volumoso, e ao mesmo tempo conservar uma altura muito pequena do retalho e (como já dissemos precedentemente) a tendencia de reunião dos bordos da ferida está na rasão inversa da altura do retalho desde que conservarem-se as mesmas, as relações de elasticidade e de pressão *intra-ocular*. No processo de retalho porém para ter-se uma abertura tão extensa, que deixe livremente passar um cristallino de grande volume é necessario que o retalho tenha uma altura muito maior e por conseguinte sua resistencia a pressão interna será incontestavelmente diminuida e sua retracção porém augmentada; circumstancias que predispõem a suppuração da cornea e a perda do olho.

A iridectomia é tambem uma grande vantagem do processo de Graefe. Antes de proceder-se a operação da catarata é conveniente fazer-se instillações do poderoso agente mydriatico, atropina, no olho para obter-se uma completa dilatação da pupilla, e d'este modo facilitar-se a acção dos instrumentos e a passagem da catarata sem produzir a contusão inevitavel do iris.

A atropina porém, só preenche este importante fim quasi sempre no primeiro periodo da operação; depois do qual o diaphragma ocular entra em contracção e difficulta extremamente a sahida do cristallino.

Quando a catarata é constituida por um nucleo duro cercado d'uma camada de substancia cortical molle, acontece que a resistencia offerecida pela pupilla contrahida difficulte a sua sahida e possa mesmo deter grande quantidade d'esta massa, que não sendo extrahida pode acarretar graves consequencias. Todos esses perigos podem ser evitados com a excisão do iris, até mesmo previne-se o encravamento d'esta membrana entre os bordos da ferida, quando a iridectomia for feita com as regras d'arte, isto é, quando toda parte do iris comprehendida entre os angulos da incisão for convenientemente cortada.

Na extracção á retalho a phlegmasia do iris, a iridochoroidite são consequencias muito frequentes e de extrema gravidade (Galezowski); a hypersecreção de liquidos, a hypergenese de cellulas concorrem excessiva-

mente para o augmento da pressão intra-ocular, e acarreta ainda consequencias mais graves como a formação de fócos purulentos com perda total do olho.

Todo este cortêjo pode tambem acompanhar ao processo do illustre professor de Berlim; porém em tão pequena escala, que em logar de os pôr em parallelo proclamão sua soberania; é verdade que o methodo de retalho executado com pericia dá resultados muito brilhantes, porém exige mais do estado local e geral do operado. Com o methodo de retalho teem alguns praticos querido combinar a iridectomia, mas por considerações inherentes a forma do retalho, ao logar onde é feita a incisão, aos accidentes durante a mesma operação, deve-se dar preferencia a extracção linear combinada, que abriga ao doente até certo ponto de suas serias complicações. Ainda que a operação á *retalho* não seja seguida de nenhum phenomeno grave, e que o restabelecimento da funcção visual seja completo, ficará sempre a lesão cicatricial á descoberta, denunciando a operação, e tal seja sua posição, que possa perturbar necessariamente a visão; o que pode ser obviado pelo processo de Graefe em que o coloboma e a cicatriz, ficão occultos pela palpebra superior, sendo bem executado.

As estatisticas de diversos praticos fallão ainda muito alto em favor da extracção linear combinada, que tem chegado a restringir o numero de insuccessos a uma cifra insignificante, quando executado por mãos peritas.

É assim que Graefe em 1600 casos de operações pelo *methodo de retalho teve 7 % de insuccessos completos, e 13 % de successos pouco vantajosos*, ao passo que em muitos outros praticados por seu processo apenas teve 2 a 3 % de perda. Desmarres (pae) teve apenas, pelo methodo de retalho, 86 curas sobre 100 operações; Nelaton, 85 a 90 %; Sœlberg Wells, em 396 operações pelo methodo de retalho teve a consideravel perda de 12 %, ao passo que em muitos casos em que empregou o processo de Graefe teve o insignificante prejuizo de 3 %. Wolfe (d'Aberdeen) obteve 94 curas sobre 107 operações pelo methodo de retalho. Höring no começo de sua clinica praticou 117 operações pelo processo de Graefe e apenas contou tres insuccessos, por suppuração ou por panophtalmite.

Podiamos continuar ainda o exame comparativo das estatisticas dos dous processos, encontrando sempre grande vantagem do lado do de Graefe; porém acreditamos que são sufficientes os respeitaveis nomes que acabamos de mencionar, e ninguem ignora hoje que o processo do illustre

professor de Berlim seja o mais amplo em applicações, e capaz de resultados mais numerosos; mas que não está inteiramente ao abrigo de complicações. O processo moderno tambem tem suas phases lugubres; se o pratico obtem uma cifra numerosa de casos felizes, não tendo a lastimar a perda de *um só* olho em muitas operações; apparece-lhe depois periodos de infelicidade, em que os insuccessos são superiores aos da extracção á retalho, de modo que a estatistica dos resultados não pode authorizar a substituição completa d'um processo a outro, seria isto facil de decidir se houvesse uma proporção constante de insignificantes perdas em um e no outro um numero sempre mais consideravel.

O processo de Graefe não está portanto, isento de accidentes consecutivos, e immediatos: a sahida prematura do humor aquoso constituindo um embaraço serio a introducção da faca, expõe o pratico a lesar o iris, phenomeno, que algumas vezes (não obstante a pericia do cirurgião) não póde ser evitado, e que dá logar, a hemorrhagia na camara anterior. O prolapso do humor vitreo conforme o tempo da operação é outro perigo que nem sempre o pratico póde prevenir.

Quando a hernia do corpo vitreo se faz antes da sahida da catarata, constitue um accidente bem grave, ordinariamente devido a uma manobra mal dirigida do kystitomo; é n'este caso que se deve empregar a curêta de Critchet e fazer o mais breve possivel a extracção do cristallino. Quando porém este accidente tem logar immediatamente depois da sahida do cristallino é muito menos importante; porém torna quasi impossivel a completa evacuação dos despojos da cortical que por ventura tenhão ficado ainda no campo pupillar, porque o pratico não deve expor a sahida de maior quantidade deste corpo por pressões exercidas sobre o globo. A inflammação da iris, a irido-choroidite a formação de catarata secundaria, o encravamento da iris nos angulos da incisão tambem podem ser consequencias da extracção linear combinada; porém em muito poucos casos tem-se de combater estes inconvenientes; o mais geral é uma prompta cura quando todos os tempos da operação forem executados conforme os sabios preceitos de seu autor. Nas cataratas duras e mixtas muito volumosas á extracção á retalho é capaz de resultados brilhantes, e será tanto mais indicada quando se quizer conservar a fórma circular da pupilla o que Liebreick não liga muita importancia, e reconhece que a iridectomia modifica apenas a clareza da visão, sem grande inconveniente para o individuo.

A extracção linear simples é um processo isento de alguns accidentes que embaração a operação, e mais elegante nos casos felizes; porém a contusão do iris pelo cristallino ou por instrumentos introduzidos no campo pupillar dá logar a consequencias bastante graves, que podem ser evitadas pela extracção linear combinada, cujas vantagens já anteriormente tivemos occasião de mostrar. A extracção linear combinada de Galezowski é, segundo nos parece, um processo bem fundado para certas especies de cataratas; e deve ser considerado como tal, por exemplo, quando se tiver de extrahir *cataratas constituidas por opacidade das camadas corticaes antero-posteriores* estando o nucleo transparente, ou aquellas em que essa opacidade seja circumscripta e estacionaria; a discisão previa da capsula auxilia o amollecimento do cristallino, quando elle não é ainda completo, e portanto facilita muito sua sahida.

Porém, segundo o autor d'este processo, esta operação só deve ser praticada nos individuos que não tenhão excedido a idade de quarenta a quarenta e cinco annos; porqüe no caso contrario o nucleo tem se tornado muito consistente, e seu amollecimento não tem logar senão raras vezes. Galezowski diz têl-o empregado 33 vezes com pleno successo, e ainda que a experiencia não o sanccionasse a rasão o devia acceitar.

O processo de Liebreick é muito vantajoso, sendo considerado debaixo de certos pontos de vista: assim a facilidade de sua execução é extrema; por isto o cirurgião pouco familiarisado com a operação da catarata tira d'elle bom resultado; o prolapso do corpo vitreo será provavelmente menos frequente, porque a fixação do olho produz uma pressão menor (Graefe,) depois o seu auctor diz não ter nunca empregado a curêta ou o gancho, instrumentos de cujo uso tem-se algumas vezes a deplorar graves consequencias: mas a situação da cicatriz e do coloboma são sufficientes para em grande parte aniquillar essas vantagens.

Diz a este respeito o Sr. Dr. Domingos Carlos em suas conferencias de clinica externa: « O inconveniente que mais se accusa n'este processo é a posição do coloboma, que é para baixo, não podendo de modo algum ser encoberto pelas palpebras, o que torna o olho defeituoso, além de prejudicar a percepção visual, dando logar a circulos de diffusão e a deslumbramentos, quando se tenha de examinar pequenos objectos, principalmente si a luz é muito intensa. » Além d'isto os resultados estatisticos de Liebreick são ainda pouco conhecidos para poder-se estabelecer um

parallelo exacto com os outros processos, especialmente com o de Graefe. Se o pratico podesse evitar sempre a contusão do iris e o seu prolapso a operação de Liebreick teria realmente sua razão de ser, porque é muito facil na pratica; porém raramente pode-se obviar estes inconvenientes; portanto ainda aqui prevalece a superioridade da *extracção linear modificada*. Diz Graefe (1): « Il a été suffusamment établi dans les différents travaux sur ce sujet que, dans l'operation de cataracte le coloboma en haut offre desvantages trés-reels sur celui qui tomba vis-a-vis de l'ouverture de la fende palpébrale. »

Não obstante o que acabamos de dizer o processo de Liebreick é bem recommendado pelo distincto nome de seu auctor e pelos resultados obtidos; assim como é forçoso confessar que os inconvenientes do coloboma em baixo diminuem de importancia nos casos em que a fenda palpebral é estreita e a palpebra inferior muito elevada; aqui a operação em cima será menos vantajosa, porque expõe o doente a graves perturbações visuaes.

Alguns praticos teem aconselhado fazer a operação em dous tempos differentes; no primeiro pratica-se a iridectomia e muitos dias depois (duas a oito semanas) a extracção da catarata; porém este modo de proceder não nos parece muito justificavel, porque se d'um lado promove-se a cicatrisação completa dos bordos da pupilla artificial e previne-se os derramamentos e a irritação inflammatoria que costuma acompanhar um coloboma recente; de outro lado não se previne sempre o prolapso dos bordos do iris excisado, e se é de novo obrigado a fazer um córte dos dous lados do coloboma para não deixar um encravamento.

Se, pois, uma nova excisão do diaphragma ocular é muitas vezes exigida, a vantagem da operação em dous tempos separados por longo intervallo têm completamente desapparecido.

Nas cataratas capsulares pseudo-membranosas, em que ha as mais das vezes obliteração da pupilla pelas adherencias estabelecidas entre o iris e a capsula é *indispensavel* a iridectomia.

Quando a catarata lenticular fôr complicada de opacidade da capsula é necessario extrahil-a, depois de ter feito sahir o cristallino: Delgado (de Madrid) aconselha n'este caso a extracção sem discisão, e mesmo (quando

(1) Obra citada.

não haja alteração) para prevenir o desenvolvimento de uma catarata secundaria. Quando o traumatismo der logar a opacidades do cristallino, e que fôr preciso o cirurgião intervir será ao processo de Graefe que deve dar preferencia como capaz de melhores resultados, haja ou não complicação de corpo estranho; é preciso notar porém que quando não houver corpo estranho não se deve praticar logo a operação; é melhor que tenhão desapparecido todos os symptomas inflammatorios, porque de outra sorte ter-se-hia o grande risco de augmentar os phenomenos phlegmasicos do iris e choroide, e mais tarde sobrevir a consumpção.

A extracção linear combinada é incontestavelmente digna do grande nome, que a recommenda, e se alguma vez seu resultado não está na altura da espectativa do pratico, é porque circumstancias preexistentes devião naturalmente se oppôr a que a cura se effectuasse; porém é isto uma excepção bem rara, e que pela lei das cousas não se pode evitar.

Terminando esta parte do nosso trabalho, julgamos de grande importancia fundamentar o que levamos dito com as palavras de nosso distincto mestre e amigo o Sr. Dr. J. A. de Freitas.

Diz este illuste pratico:

« Foi realmente um progresso para a cirurgia oculista a modificação apresentada ao processo da extracção da catarata por meio de um retalho, por Graefe. Bem estudado o processo de Graefe vê-se que consiste elle em formar-se um retalho, não na cornea transparente, senão na esclerotica, de modo que pode-se denominal-o *processo da extracção da catarata corneo-esclerotical.*

Como disse, foi um progresso, mas esse progresso não está isento dos inconvenientes, que acompanhão todas as vezes que se fere a cornea, fazendo-se uma incisão, quer comprehendendo-a somente, quer conjunctamente a esclerotica. Um dos grandes accidentes é a sahida rapida do humor aquoso e vitreo, quando os musculos rectos do olho entrão em contracção espasmodica; quando a catarata é liquida, formando-se um vasio na camara anterior pela sahida repentina do humor aquoso, vem substituil-o o liquido da catarata, e ao mesmo tempo o humor vitreo.

Fazendo parte do processo a pupilla artificial não é raro dar-se o descollamento da iris, e affusão de sangue em ambas as camaras do olho. Tive occasião de ver um caso somente: logo que a incisão foi feita houve sahida do humor aquoso, e immediatamente as duas camaras encherão-se

de sangue. Qual a origem deste sangue? Não podia ter vindo senão do circulo ciliar, e isso por ter-se estabelecido um vasio na camara anterior. Algumas vezes apparece a inflammação da iris, trazendo após ella uma exsudação na camara posterior, constituindo d'esta sorte uma catarata falsa membranosa. Tenho praticado muitas vezes a operação da catarata por differentes processos, e tenho reconhecido que o processo de Graefe é o melhor pela facilidade e promptidão da execução em seus differentes tempos, como tambem pelo resultado, na maioria dos casos favoraveis aos doentes, por isso que evita em geral os accidentes, que acompanhão o acto da operação, como tambem modifica em quanto a sua intensidade os accidentes consecutivos á operação.

Mas esse processo terá sua applicação em todos os casos? Deverá ser banido da cirurgia oculistica o methodo de abaixamento com todas suas modificações, pelos accidentes que pode promover no olho? Tenho empregado o processo de abaixamento com bom resultado; assim como tenho tido alguns revezes o que attribúo principalmente a presença do cristallino nas camadas do humor vitreo, quando não é possivel ser absorvido pela sua consistencia dura; como tambem pela complicação posterior da *amaurόse*.

Pelo processo de retalho quando é possivel fazer-se a operação, isto é, quando a cornea está em condições favoraveis tive mais resultados do que pelo abaixamento, no entretanto não desconheço, que pode dar-se accidentes durante, e depois da operação, vindo inutilisal-a ou ao menos tornal-a imperfeita em quanto o seu resultado; como aconteceu-me em um doente, que depois de feito o retalho houve sahida rapida do humor aquoso pela contração espasmodica dos musculos rectos e ao mesmo tempo uma grande hernia do iris, que sendo em parte reduzida, o excedente foi excisado por meio d'uma thesoura, havendo posteriormente uma iritis, que combatida energicamente ficou no entretanto uma deformidade da pupilla; apesar d'esse contra tempo o olho conservou a visão.

Pelo processo de Graefe, sendo o primeiro tempo da operação o mais difficil, por isso que é preciso evitar-se que a iris seja offendida pela ponta do canivete em sua passagem pela camara anterior.

Acontece as vezes que a iris está amollecida; quando se trata de descollal-a vem maior porção do que é necessario para formar-se uma pupilla sufficiente a dar passagem aos raios luminosos; como se deu em um caso

d'um caboqueiro, que pela explosão da mina ficou completamente cégo d'um olho, e do outro muito estragado; comtudo na occasião de ser operado, achava-se o olho em condições de soffrer a operação; no entretanto a iris estava de tal sorte amollecida que sem a cautella sufficiente teria sido arrancada em sua maior parte. Apesar d'este contra tempo o resultado foi muito satisfatorio.

Em conclusão penso que o processo de Graefe é o preferivel não só emquanto o seu manual operatorio, como tambem pelos seus resultados. »

SEGUNDO PONTO

Fistula lacrymal e seu tratamento

PROPOSIÇÕES

I—As causas da fistula lacrymal, ainda que diversas, podem ser reduzidas a dous grandes grupos: inflammatorias e mecanicas.

II—A phlegmasia do sacco lacrymal (dacryocystitis) é uma causa muito frequente da fistula lacrymal.

III—As conjunctivites granulosas, as ophtalmias repercutem frequentemente na mucosa das vias lacrymaes, onde podem determinar um estreitamento ou obstrução, e consecutivamente uma fistula se estabelece para dar sahida aos productos de secreção.

IV—A inflammação dos conductos lacrymaes pode ainda provir da propagação do catarrho da membrana de Schneider, do mesmo modo que a do pharynge pode estender-se ao apparelho auditivo.

V—Esta affecção desenvolve-se muitas vezes debaixo da influencia d'um vicio geral: a syphilis, o rheumatismo, a diathese escrofulosa.

VI—As feridas, as contusões, os corpos estranhos introduzidos no canal podem logo obtural-o, ou a inflammação consecutiva, e em todo caso manifestar-se uma fistula.

VII—O estreitamento ou a atrezia do canal nasal pode ter logar pela compressão devida a exostoses, polypos desenvolvidos em sua visinhança, ou a fractura dos ossos, que concorrem para sua formação.

VIII—A séde da abertura, a qualidade do liquido, que sahe de sua superficie; o lagrymejamento, bastão para basear seu diagnostico.

IX—As lagrymas, deixando de percorrer as vias naturaes, isto é, havendo estreitamento ou atresia dos conductos a venta correspondente torna-se excessivamente sêcca.

X—Ordinariamente as lagrymas são tão augmentadas, e alcalinas que determinão, nas partes com que estão em contacto, vermelhidão, e uma excoriação extensa.

XI—Os meios therapeuticos empregados para debellar a affecção em questão são uns *medicos* e outros *cirurgicos*.

XII—Quando se reconhecer que o individuo está debaixo da acção d'um vicio diathesico, syphilitico ou escrofuloso, recorrer-se-ha as preparações mercuriaes, e iodadas para o primeiro caso, e as tonicas para o segundo.

XIII—Quando os meios indicados não forem seguidos de resultado, e que a molestia tiver attingido grande desenvolvimento, obturação completa ou quasi completa, é preciso recorrer ao tratamento cirurgico como unico capaz de successo.

XIV—Muitos methodos teem sido empregados na therapeutica cirurgica d'esta affecção, é portanto no cadinho da observação e da experiencia que elles devem ser purificados.

XV—O catheterismo e as injecções teem sido empregadas com muito proveito na cura da fistula lacrymal.

XVI—Logo que se tenha conseguido atravessar o estreitamento deve-se deixar a sonda no canal durante vinte á trinta minutos.

XVII—A cicatrisação do trajecto fistuloso, em geral, se faz espontaneamente, desde que se restabelece o conducto normal para a sahida das lagrymas.

XVIII—Toda manobra violenta deve ser evitada na introducção do dilatador, no intuito de vencer qualquer resistencia, que se opponha a sua passagem.

XIX—Para praticar-se o catheterismo deve-se escolher o ponto lacrymal superior, como mais facil para a introducção das sondas.

XX—Nos casos em que os obstaculos, que determinão o estreitamento ou a atresia do canal, são invenciveis, tem-se aconselhado a destruição do apparelho lacrymal (sacco ou glandula), assim como se tem indicado fazer um *novo trajecto* para dar sahida as lagrymas.

TERCEIRO PONTO

Diagnostico differencial entre a febre amarella e a febre biliosa dos paizes quentes

PROPOSIÇÕES

I—A febre amarella, ainda chamada febre pestilencial, typho americano, typho icteroide, vomito prêto etc. etc. é uma molestia infecto-contagiosa caracterisada pela côr vermelha (1.º periodo) e depois amarella sui-generis da pelle (2.º periodo) pelo vomito prêto etc. etc.

II—A febre remittente biliosa, designada tambem pelos nomes de febre biliosa, remittente paludosa, febre dos mangues etc. etc. é uma pyrexia miasmatica, essencialmente paludosa, acompanhada de hematuria, côr icterica da pelle e mucosas, de vomito prêto, que aqui é constituido differentemente do da febre amarella.

III—Na febre biliosa a ictericia, que não falta, é quasi sempre o primeiro symptoma, ao passo que na febre amarella apparece ordinariamente do 4.º ao 6.º dia, e falta algumas vezes durante toda molestia.

IV—O vomito escuro na biliosa hematurica é devido a presença da bilis de mistura com as materias do estomago ao passo que no typho americano é constituido pelo sangue decomposto.

V—A secreção urinaria protesta solemnemente contra a identidade pathologica das duas pyrexias: na biliosa hematurica as urinas são carregadas de elementos da bilis desde a invasão da molestia; na febre amarella ao contrario ellas são albuminosas desde o primeiro periodo.

VI—Quando o ultimo periodo da febre amarella segue muito de perto ao primeiro a côr icterica da pelle não se manifesta.

VII—A causa determinante do typho americano tem zombado dos estudos mais serios, que a seu respeito se tem feito.

VIII—Alguns observadores admittem uma identidade de causa productora de uma e outra molestia; porém contra essa homogeneidade pathogenica protestão as lesões anatomo-pathologicas, e o modo de transmissão da febre amarella.

IX—Na febre remittente biliosa o baço é seriamente comprommettido

no processo morbido; em quanto que na febre amarrella este orgão póde apenas ser levemente congestionado raras vezes.

X—A febre amarella póde ser transportada a logares muito distantes do fóco de sua primeira manifestação, a remittente biliosa porém não se transmitte de individuo a individuo e só apparece nos logares de seu fóco.

XI—O miasma da febre amarella póde conservar-se em plena inteirêza de propriedades durante muito tempo.

XII—O miasma palustre ao contrario não se conserva senão na visinhança de seu fóco paludoso.

XIII—O figado na febre amarella apresenta-se com côr amarella palida; hypertrophiado, e mais consistente; na biliosa hematurica porém é tumefeito, regorgitado de bilis, e de sangue vermelho escuro, e fluido.

XIV—A febre amarella desenvolve-se, em geral, nos portos de mar; ataca de preferencia aos individuos não aclimados, e não se repete ordinariamente.

XV—A biliosa dos paizes quentes porém ataca de preferencia aos aclimados, e um accesso predispõe fatalmente a outro.

QUARTO PONTO

Respiração vegetal

PROPOSIÇÕES

I—O fim da funcção respiratoria nos vegetaes é a modificação da seiva pela acção do ar atmospherico.

II—Nas plantas todas as partes permeaveis, e que se prestão facilmente a osmoses dos gases, são orgãos respiratorios.

III—As partes verdes, porém, representão o papel mais importante n'esta funcção.

IV—O phenomeno da respiração, quando a planta está debaixo da influencia da luz solar, é opposto ao que se dá, quando está subtrahida a esta influencia.

V—Influindo a luz solar a planta inspira acido carbonico e expira oxygenio.

VI—A decomposição do acido carbonico foi determinada pela chlorophylla, que em presença da luz solar tem um notavel poder reductor.

VII—Com o acido carbonico penetra tambem na planta vapor d'agua, e vapores amoniacaes, que existem no ar atmospherico.

VIII—A mesma força que determinou a decomposição do acido carbonico, decompõe tambem esses vapores; e as combinações ulteriores formão os principios immediatos da planta.

IX—Na obscuridade ou á luz diffusa a planta absorve oxygenio e expira acido carbonico, sendo a quantidade de acido sempre menor que a do oxygenio inspirado.

X—Quanto menos intensa fôr a luz, a que estão submettidas as plantas, tanto maior será a quantidade do acido carbonico exalado.

XI—O acido carbonico expirado não se fórma somente a custa do oxygenio inspirado: uma grande porção é subtrahida do solo.

XII—A respiração diurna dos vegetaes é inteiramente inversa a dos animaes—o que estabelece a solidariedade entre os dous reinos.

XIII—As plantas aquaticas ou submergidas respirão por intermedio do ar, que se acha em dissolução n'agoa, mas entre estas plantas, e as aereas ha identidade de phenomenos chimicos.

XIV—A differença dos meios em que se acha o vegetal arrasta uma differença nos orgãos respiratorios: as plantas aquaticas são dotadas de uma organisação muito mais simples que as aereas.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sect. I Aph. I)

II

Oculorum dolores meri patus, aut balneum, aut venœ sectio, aut purgatio solvit.

(Sect. II Aph. XXXI)

III

Ophtalmia laborientem ab alvi profluvio, bonum.

(Sect. VI Aph. XVII)

IV

In doloribus oculorum, postquàm merum bibedum dederis, et multà calidâ lavaveris, venam seccato.

(Sect. VII Aph. XLVI)

V

Ad extremos morbos, exactè extremœs curatione optimœ sunt.

(Sect. I Aph. VI)

VI

Quæ medicamenta non sanant ea ferrum sanat, quœ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quœ verò ignis non sanat insanabilia existimare oportet.

(Sect. VIII Aph. VI)

Bahia—Typographia de J. G. Tourinho—1872.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina em 13 de Setembro de 1872.

Dr. Cincinnato Pinto

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 14 de Setembro de 1872.

Dr. Claudemiro Caldas.
Dr. V. Damazio.
Dr. Augusto Martins.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 8 de Outubro de 1872.

Dr. Magalhães
Vice-Director.